

AG/ZP-17/2023 Załącznik nr 3F do SWZ

**SZCZEGÓŁOWY OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – ZESTAWIENIE WYMAGANYCH PARAMETRÓW TECHNICZNYCH**

**PAKIET 6 ZESTAW DO MAGNETOTERAPII – 1 SZT.**

Producent:

Oferowany model/typ:

Rok produkcji (wymagany fabrycznie nowy):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp**. | **Parametry techniczne – warunki graniczne** | **Parametr wymagany** | **Parametr oferowany**  |
| **I.** | **ZESTAW DO MAGNETOTERAPII** |  |  |
| 1 | Możliwość wykonywania 2 zabiegów jednocześnie | Tak, podać ile |  |
| 2 | 2 niezależne w czasie zabiegi. każdy aplikator wyposażony we własny zegar zabiegowy i może być włączany niezależnie od drugiego. wykonywanie 2 zabiegów magnetoterapii w różnym czasie – przy tych samych parametrach zabiegu. | Tak |  |
| 3 | Niezależny kanał do laseroterapii - możliwość wykonywania zabiegów sondą laserową | Tak |  |
| 4 | Podłączenie na min. 2 aplikatory | Tak |  |
| 5 | Gotowe programy zabiegowe dla typowych schorzeń | Tak |  |
| 6 | Programy własne – możliwość zapisywania własnychprogramów zabiegowych przez terapeutę | Tak |  |
| 7 | Indywidualna regulacja wszystkich parametrówZabiegowych | Tak |  |
| 8 | Kolorowy (5,7”) ekran graficzny z panelem dotykowym | Tak |  |
| 9 | Obsługa przyciskami oraz ekranem dotykowym. | Tak |  |
| 10 | Szeroki zakres częstotliwości pracy pola magnetycznego– od 1 do 100Hz | Tak |  |
| 11 | Programy MX1 i MX2– automatyczna zmiana modulacji | Tak |  |
| 12 | Automatyczne wykrywanie rodzaju podłączonego aplikatora | Tak |  |
| 13 | Częstotliwość zmian pola magnetycznego 1÷100HzZmiana indukcji pola magnetycznego 0÷20mTCzas impuls / przerwa 0,5÷8sZasilanie 230V/50Hz/400W | Tak |  |
| 14 | Masa aparatu max. 6,5kg  | Tak |  |
| 15 | Wyposażenie:Leżanka współpracująca z aplikatorem o śr. 600mm - 1 szt.Aplikator szpulowy o śr. 600mm, 2 szt.Aplikator szpulowy o śr. 315 mm – 1 szt.Stolik pod aplikator szpulowy 315mm – 1 szt.Podnośnik do aplikatora szpulowego 600 mm – 1szt. | Tak |  |

\* wypełnia Wykonawca UWAGA!!!

**Brak wpisu w polach parametr oferowany lub nie spełnienie zapisów poszczególnych warunków parametrów wymaganych spowoduje odrzucenie oferty Wykonawcy.**

Oświadczamy, że oferowane urządzenie/sprzęt/wyposażenie jest kompletne i będzie po zainstalowaniu gotowe do pracy bez żadnych dodatkowych zakupów.

.................................................................................

 miejscowość i data

 ...............................................................................

 podpis i pieczątka osoby uprawnionej

**Dokument elektroniczny, podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym**